

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mencapai tujuan tersebut maka terjadi perubahan paradigma kesehatan. Paradigma sehat berubah dari yang tadinya fokus pada upaya kuratif dan rehabilitatif menjadi fokus pada upaya preventif dan promotif (Zen, 2007)

Pada abad ke-21 ini, dimana teknologi bidang kesehatan berkembang pesat mengakibatkan derajat kesehatan masyarakat semakin meningkat. Hal ini tentu berakibat pada peningkatan usia harapan hidup, menurunnya angka kematian ibu dan bayi terjadi transisi epidemiologis penyakit. Populasi lansia semakin meningkat dan tentu saja kebutuhan perawatan kesehatan juga semakin meningkat. Disisi lain konsekuensi dari perubahan epidemiologi penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menular dan dari penyakit akut ke penyakit kronis maka pola perawatan jangka panjang sangat dibutuhkan (Depkes, 2002)

Seiring dengan itu maka konsep pelayanan kesehatan pun harus berubah, yang tadinya masyarakat yang mendatangi institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas menjadi pelayanan kesehatan yang mendatangi masyarakat. Oleh karena itu, paradigma bahwa rumah sakit adalah tempat paling penting dalam penyembuhan dan perawatan pasien sudah mulai berubah menjadi perawatan di rumah (*homecare*) (Zen, 2007)

*Visiting Nurses Association* di Amerika mengatakan perawatan di rumah tidak lagi hanya tentang berbicara dengan pasien, memandikan dan memeriksa tekanan darah. Pasien yang memerlukan perawatan di rumah umumnya mempunyai masalah fisik, sosioekonomi, psikologi yang beragam. Beberapa

pasien berada dalam kondisi yang tidak stabil secara medis mungkin menderita masalah akut seperti infeksi luka atau kondisi kronis yang semakin memburuk seperti masalah pada paru-paru. Dalam kondisi seperti itu biasanya pasien memerlukan pengobatan dan peralatan di rumah, pengkajian secara profesional, pendidikan dan perubahan terapi. Beberapa pasien yang lain mungkin memiliki kondisi yang stabil secara medis tetapi mereka memerlukan perawatan jangka panjang untuk mencegah kondisi yang semakin buruk dan menghindari perawatan di rumah sakit (Tribowo, 2012)

Di beberapa Negara maju, *homecare* bukan merupakan sebuah konsep yang baru. Konsep ini telah dikembangkan oleh William Rathon sejak tahun 1859 di Liverpool yang dinamakan perawatan di rumah dalam bentuk kunjungan tenaga keperawatan ke rumah untuk mengobati pasien yang sakit dan tidak bersedia dibawa ke rumah sakit. Florence Nightingale juga melakukan perawatan di rumah dengan memberikan perawatan kepada pasien yang mengalami sakit terutama bagi pasien dengan status ekonomi rendah, kondisi sanitasi, kebersihan diri dan lingkungan dan gizi buruk sehingga beresiko terhadap berbagai jenis infeksi yang umum ditemukan di masyarakat. Selain karena tidak bersedia dibawa ke rumah sakit, *homecare* juga bisa menjadi perawatan lanjutan dari rumah sakit yang sudah dalam rencana pemulangan (*discharge planning*) dan dapat dilaksanakan oleh perawat dari rumah sakit semula atau perawat komunitas atau tim keperawatan yang khusus menangani perawatan di rumah (Bukit, 2008)

Di Kuba konsep mendekatkan tenaga kesehatan dengan masyarakat sudah berjalan dengan konsep dokter dan perawat keluarganya. Tiap dokter dan perawat keluarga melayani 100-150 keluarga, pelayanan ini mencakup warga satu RT. Dokter tersebut ditempatkan dalam satu rumah berlantai dua, lantai pertama adalah tempat praktik pelayanan kesehatan dan lantai dua sebagai tempat tinggal dokter tersebut. Bagian samping dan belakang rumah tersebut diisi oleh para perawat keluarga yang setiap saat melayani perawatan terhadap pasien dan keluarganya. Konsep dokter dan perawat keluarga tersebut menjadikan Kuba negara yang paling unggul dalam bidang kesehatan di Amerika latin (Tribowo, 2012)

Di Amerika, pelayanan *homecare* yang memiliki izin biasanya akan mendapatkan pembayaran kembali (*reimbursement*) oleh pemerintah (seperti *medicare* dan *medicaid* di Amerika Serikat), asuransi swasta dan pembayaran pribadi. Pemerintah Amerika memiliki regulasi yang ketat mengenai hal ini. Agen tersebut tidak meminta bayaran secara sembarangan karena program pemerintah telah menetapkan biaya pembayaran kembali (Tribowo, 2012).

Perawat *homecare* menyediakan pelayanan individual. Mereka membantu pasien beradaptasi terhadap keterbatasan fisik temporer atau permanen sehingga mereka dapat memiliki aktivitas rutin yang normal. Pelayanan kesehatan di rumah membutuhkan pengetahuan berbagai bidang seperti dinamika keluarga, kegiatan cultural, nilai-nilai spiritual dan prinsip-prinsip komunikasi (Laksmi, 2009).

Di negara seperti Indonesia yang jumlah pertumbuhan penduduknya meningkat pesat dan banyak usia lanjut, angka penyakit *degenerative* yang semakin meningkat dan kondisi demografi yang terdiri dari pulau-pulau maka konsep *homecare* sangat cocok digunakan. Konsep *homecare* ini merupakan solusi paling tepat untuk mengantisipasi jumlah pasien yang tidak tertampung di rumah sakit. Konsep home care sudah seharusnya menjadi *first option* dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Dengan konsep *homecare* maka pasien yang sakit dengan kriteria tertentu (terutama yang tidak memerlukan peralatan rumah sakit) tidak lagi harus ke rumah sakit, tetapi tenaga kesehatan yang mendatangi rumah pasien dengan fokus utama pada kemandirian pasien dan keluarganya (Tribowo, 2012).

Dalam pembangunan bangsa Indonesia setiap upaya ditekankan pada peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang berarti manusia menjadi titik sentral pembangunan, karena manusia berkualitas tinggi adalah sumber daya suatu bangsa. Satu syarat utama peningkatan kualitas sumber daya manusia adalah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas pula (Depkes RI, 2002).

Pelayanan kesehatan yang merata merupakan aspek penting yang harus dipenuhi dalam mempercepat tercapainya tujuan pembangunan dibidang kesehatan. Pemerataan pelayanan tersebut tidak hanya meliputi aspek fisik

meratanya sarana pelayanan semata, namun juga dari segi jarak, ekonomi, budaya, serta mutu pelayanan.

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009, Bab VI pasal 46 dan 47 bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Sebagai salah satu contoh adalah pelayanan kesehatan dirumah.

Berkembangnya *homecare* di kalangan masyarakat menjadi lebih baik jika diimbangi dengan kualitas pelayanannya. Pelayanan asuhan keperawatan salah satunya adalah pemberian pendidikan pada pasien dan keluarga. Dari penelitian terdahulu, 37% pasien bermasalah mengenai pemilihan obat, 20% pasien membutuhkan pengetahuan dan keterampilan. Suatu penelitian dilakukan oleh Julie B.Mallinger, Jennifer J.Griggs, dan Cleveland G.Shields (2005) mengenai hubungan antara *patient-centeres care* dan kepuasan dengan informasi pada wanita yang sembuh dari kanker payudara. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa mereka yang sembuh dari kanker payudara merasa puas dengan informasi yang diberikan petugas kesehatan mengenai penyakit dan pengobatan penyakitnya tersebut. Namun mereka merasa kurang puas dengan minimnya informasi mengenai pemeriksaan jangka panjang, pengaruh penyakit terhadap psikososial pasien, dan kehidupan sosial pasien.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas perumusan masalah yang diangkat adalah “Bagaimanakah gambaran pengetahuan perawat tentang manajemen pelayanan home care di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat?”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mendeskripsikan tingkat pengetahuan perawat tentang manajemen pelayanan *homecare* di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Mengetahui manajemen pelayanan *homecare* di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah

1.4.1 Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan kepada institusi sebagai pengembangan dalam melayani klien khususnya keluarga.

1.4.2 Sebagai sumbangan pikiran dalam perkembangan ilmu pengetahuan dibidang pendidikan keperawatan keluarga dan manajemen kesehatan.

1.4.3 Bagi peneliti, penelitian ini diharapkan dapat berguna untuk mengembangkan keilmuan terutama peran perawat dibidang pelayanan.

### **1.5 Sistematika Penulisan**

Untuk mempermudah dalam penyusunan selanjutnya, maka penulis memberikan rancangan isi dan materi yang akan dibahas, yaitu sebagai berikut:

Dalam sistematika penulisan karya tulis ilmiah diantaranya adalah sebagai berikut:

BAB I      Pendahuluan (Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan, Manfaat Penelitian dan Sistematika Penulisan)

BAB II      Kajian Pustaka (Konsep Pengetahuan, manajemen, *Homecare*, dan perawat)

BAB III      Metode Penelitian (Desain Penelitian, Partisipan, Lokasi dan Waktu Penelitian, Populasi dan Sampel, Instrument Penelitian, Definisi Operasional, Prosedur Penelitian, dan Etika Penelitian,)

BAB IV      Temuan dan Pembahasan

BAB V      Simpulan, Implikasi, dan Rekomendasi